

BACHELOROPPGAVE

Depresjon hos mennesker med utviklingshemning.

Hvordan oppdage og diagnostisere depresjon hos mennesker med utviklingshemning?

av

Siri Cathrine Karlstad

Kandidatnummer: 119

Depression in people with intellectual disability.

How to detect and diagnose depression in people with intellectual disability?

Bachelor i vernepleie

BSV5-300

Mai 2014

Antall ord: 8797



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven:
«Depresjon hos mennesker med utviklingshemning» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Siri Cathrine Karlstad

Kandidatnummer: 119

JA ☒ NEI ☐

Innhold

1.0 Innledning	3
1.1 For forståelse	3
1.2 Problemstilling	4
2.0 Metode	4
2.1 Litteratursøk	4
2.2 Kildekritikk	6
3.0 Teori.....	6
3.1 Utviklingshemning	6
3.2 Psykiske lidelser	9
3.3 Diagnosesystemer.....	9
3.4 Depresjon.....	10
3.5 Depresjon hos mennesker med utviklingshemning	13
3.6 Vansker i forhold til oppdaging og diagnostisering av depresjon hos utviklingshemmede	15
4.0 Resultat	17
4.1 Kartleggingsverktøy	18
4.2 Gjennomgang av artikkel 1	19
4.3 Gjennomgang av artikkel 2	20
4.4 Gjennomgang av artikkel 3	21
4.5 Gjennomgang av artikkel 4	22
4.6 Gjennomgang av artikkel 5	22
4.7 Oppsummering av resultat.....	23
5.0 Drøfting	24
6.0 Avslutning	27
7.0 Bibliografi.....	29
Vedlegg 1 Søkeplan	32
Vedlegg 2 Søkelogg.....	33
Vedlegg 3 Selvvalgt litteratur	34

1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om depresjon hos mennesker med psykisk utviklingshemning. Dette har jeg valgt å skrive om fordi jeg mener det er et tema som er viktig for min profesjon å ha kunnskap om. Mange av oss kan møte mennesker med utviklingshemning som lider av depresjon. Vi må derfor ha kunnskap om hvilke faktorer som kan bidra til utfordringer i oppdaging og diagnostisering av depresjon for å unngå feildiagnostisering, og andre veien; å påse at mennesker som sliter med depresjon får hjelp for sine plager.

Jeg vil fokusere på identifiseringen og diagnostikken av depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Jeg skal gjøre rede for sentrale begreper som depresjon, psykisk utviklingshemning, psykiske lidelser, diagnosesystemer og kartleggingsverktøy. Jeg vil også se nærmere på hvilke symptomer som kan oppstå hos mennesker med utviklingshemning under en depresjon. Og undersøke hvilke faktorer og utfordringer som kan bidra til at oppdaging og diagnostisering av depresjon kan være utfordrende hos mennesker med utviklingshemning.

1.1 Forforståelse

Min forforståelse i forhold til dette temaet kommer fra det jeg tidligere har lest om dette emne, og spørsmål og refleksjoner jeg har foretatt meg under min praksisperiode. Å utvikle psykisk sykdom kan like gjerne oppstå hos de med psykisk utviklingshemning, som hos den øvrige befolkningen. Depresjoner er ingen unntak (Eknes, 2008). Eknes (2008) skriver at flere forskere har tidligere pekt på at psykiske lidelser forekommer oftere blant mennesker med psykisk utviklingshemning enn blant resten av befolkningen, mens nyere forskning viser at det ikke er grunnlag for å antyde dette. De mener at det er ingen forskjeller i forekomsten av psykiske lidelser mellom mennesker med psykisk utviklingshemning og mennesker uten psykisk utviklingshemning (Eknes, 2008). Depresjon sies å være den psykiske lidelsen som forekommer hyppigst sett i et livsløpsperspektiv (Eknes, 2008). Jeg mener derfor det er viktig at vi som jobber med utviklingshemmede er i stand til å kunne gjenkjenne og identifisere depresjon blant utviklingshemmede slik at nødvendig behandling kan gis. For å kunne være sikker på at det er en depresjon det dreier seg om mener jeg det er nødvendig å vite hvilke utfordringer vi står ovenfor ved oppdaging og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Jeg tror dette kan bidra til at vi unngår å overse depresjon eller å konkludere for fort med at det dreier seg om depresjon, da andre forklaringer kan ligge til grunn.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av min interesse er problemstillingen:

Hvordan oppdage og diagnostisere depresjon hos mennesker med utviklingshemming?

For å kunne besvare problemstillingen vil jeg også finne svar på nedenstående spørsmål:

Hvilke hovedutfordringer står vi ovenfor ved oppdaging og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemming? –Og hvilket kartleggingsverktøy er mest pålitelig til å fange opp depresjon hos psykisk utviklingshemmede?

2.0 Metode

Dette er en litteraturstudie hvor jeg vil prøve å finne ut av hva tidligere forskning har å si i forhold til valgt problemstilling. Litteraturstudie faller inn under kvalitativ metode. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Datainnsamlingen går mer i dybden på det som skal undersøkes og det skjer i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2013). Årsaken til at jeg har valgt litteraturstudie er fordi det finnes en god del litteratur og forskning omkring temaet depresjon hos utviklingshemmede. Jeg vil derfor benytte meg av den eksisterende kunnskapen for å belyse min problemstilling.

2.1 Litteratursøk

Jeg søkte i Medline, Science direct, Taylor and Francis og Web of science etter engelskspråklige vitenskapelige artikler. Ved søk etter norske artikler ble Idunn, Norart, Google Scholar og Helsebiblioteket brukt. Det viste seg å være lite å finne innen temaet depresjon og utviklingshemning innenfor norsk forskning. Jeg laget meg en søkeplan (se vedlegg 1) med oversikt over synonymer til ordene utviklingshemning og depresjon. Dette ble gjort både på norsk og engelsk. Jeg skrev også ned et tredjeord jeg kunne kombinere søket med. Norske ord for utviklingshemning som ble brukt var: Psykisk utviklingshem?, utviklingsshem? og mental retardasjon. Engelske ord for utviklingshemning som ble brukt: mental retardation og intellectual disability. Norske ord for depresjon som ble brukt var: bipolarlidelse, depressiv lidelse, unipolar depresjon, depressivt stemningsleie og depresjon. Engelske ord for depresjon: mental depression og depression. Norske tredjeord kombinasjon var: kartleggingsverktøy og diagnoseverktøy. Engelske tredjeord kombinasjon var: detection og screening tools.

Fagbøker fant jeg ved å søke på Bibsys ask. Det ble søkt innenfor alle bibliotekbasene, i tillegg ble det også søkt spesielt innenfor bibliotekbasen til høyskolen i Sogn og Fjordane.

Medline

På Medline søkte jeg først «depression» og «intellectual disability». Det ga 633 treff. Deretter ble ordene med «validity» og «reliability» kombinert med dette søket. Det ble huket av for academic journals. Dette ga 14 treff. Her fant jeg en artikkel skrevet av N. Perez-Achiaga, S. Nelson og A. Hassiotis (2009) med tittelen: Instruments for the detection of depression symptoms in people with intellectual disabilities: A systematic review.

Science direct

Søket «depression» og «mental retardation» ga 23599 treff. Prøvde søket «depression AND “intellectual disability»». Dette ga 7775 treff. Huket av for review article som ga 1356 treff og sorterte artiklene etter relevans. Her fant jeg en artikkel skrevet av Heidi Hermans og Heleen M. Evenhuis (2010) med tittelen: Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review.

Web of Science

Søkeordene assessment instrument, intellectual disability og depression ble forsøkt. Dette ga 29 funn. Jeg fant her en artikkel: Reliability and Validity of an Assessment Instrument for Anxiety, Depression, and Mood among Individuals with Mental Retardation. Jeg søkte “depression” AND “severe intellectual disability” AND “symptoms”. Sorterte etter relevance og fikk 39 treff. Her fant jeg en artikkel skrevet av Elaine Ross og Chris Oliver (2003) med tittelen: The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation.

Google scholar

Søkte først «depresjon» og «utviklingshemming». Dette ga 573 treff. La til ordet «diagnose», som ga 442 treff. Sorterte etter relevans. Her fant jeg en artikkel skrevet av Heidi Bjørnerem (1997) med tittelen: Diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation.

Taylor and Francis

Her endte ordkombinasjonen på: «Depression», “assessment instrument”, “intellectual disability” og “reliability”. Det ble 829 treff. Jeg huket av for relevans. Det innebærer at de artiklene med mest relevans i forhold til ordsøket kommer opp først. Her fant jeg en artikkel

skrevet av Sarah H. Ailey (2009) med tittelen: The Sensitivity and Specificity of Depression Screening Tools Among Adults with Intellectual Disabilities. Artikkelen var ikke tilgjengelig. Sendte derfor mail til bibliotekar gjennom databasen for å få tilgang til denne.

Jeg benyttet meg av tilbudet: «Lei en bibliotekar» gjennom nettsiden til høyskolen. Her fikk jeg hjelp til å søke etter vitenskapelige artikler som kunne komme til nytte i denne oppgaven.

2.2 Kildekritikk

Dalland (2013) skriver at kildekritikk skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du benytter i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen.

De fleste av forskningsartiklene er skrevet på engelsk. Jeg har derfor strevet med å oversette dette til Norsk. Misforståelser kan derfor ha forekommet under oversettelsen. Tekstene inneholder også mange faguttrykk og tester som jeg ikke har så mye erfaring med, jeg kan på bakgrunn av dette heller ikke si noe om grunnlaget for deres konklusjoner.

3.0 Teori

Resultatene etter søket vil komme frem senere i oppgaven, men først er det nødvendig å forklare noen sentrale begreper. Jeg skal derfor i dette kapitlet forklare og gå nærmere inn på begrepene utviklingshemning, psykiske lidelser, diagnosesystemer, depresjon generelt i befolkningen og depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Til slutt vil jeg forklare ulike utfordringer i forhold til oppdaging og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemning.

3.1 Utviklingshemning

World Health Organization`s (WHO) definisjon av psykisk utviklingshemning er:

Psykisk utviklingshemning er en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter (WHO, 2011).

Psykisk utviklingshemning er en samlebetegnelse på mange tilstander. Utviklingshemningen sies å ha stor innvirkning på blant annet individets læringsprosess. Læring skjer langsommere og på en annen måte enn hos de med IQ innenfor normal området. Evnen til å bearbeide informasjon synes å gå langsommere. Dette kan medføre at de ofte ikke får med seg

informasjonen som blir formidlet til dem. De språklige ferdighetene varierer, og de med utviklet talespråk har ofte bedre ordforråd enn språkforståelse. Dette kalles overflatespråk og medfører ofte misforståelser, da mange vegrer seg for å spørre om det de ikke forstår, da de ikke vil avsløre sin manglende mestring (Melgård, 2000).

Psykisk utviklingshemming deles inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad:

Lett psykisk utviklingshemming	IQ: 50-69	Dette tilsvarer en kognitiv alder på 9-12 år.
Moderat psykisk Utviklingshemming	IQ: 35-49	Dette tilsvarer en kognitiv alder på 6-9 år.
Alvorlig psykisk utviklingshemming	IQ: 20-34	Dette tilsvarer en kognitiv alder på 3-6 år.
Dyp psykisk utviklingshemming	IQ: Under 20	Dette tilsvarer en kognitiv alder på under 3 år.

(World Health Organization , 2011; Holden, 2008).

Årsaker

Det er vanlig å dele årsakene til utviklingshemning i to årsaker. Biopatologiske og uspesifikke årsaker. De biopatologiske årsakene omfatter alt fra arvelige forhold og kromosomfeil, til skader før, under og etter fødsel. Skader som kan oppstå før fødsel er for eksempel sykdom hos mor, eller inntak av narkotiske stoffer som kan være skadelig for fosteret. Skader under fødsel kan for eksempel være mangel på oksygen og for tidlig fødsel. Skader etter fødsel kan for eksempel innebære ulykker som skader hjernen (Holden, 2008). Den hyppigste årsaken til utviklingshemning i vestlige land er Downs syndrom. Downs syndrom skyldes ett nedarvet kromosom 21 for mye og er derfor en biopatologisk årsak (Mæhle, 2011). Føtalt alkohol spektrum forstyrrelse er en tilstand som skyldes mors inntak av alkohol under svangerskap og er derfor et eksempel på skade som kan oppstå under fødsel (Mæhle, 2011). Uspesifikke årsaker innebærer at årsaken til utviklingshemningen er ukjent (Holden, 2008).

Konsekvenser

Lett psykisk utviklingshemning: De som befinner seg innenfor denne gruppen utvikler talespråk sent, men vil etter hvert mestre dagligtale og delta i samtaler. De fleste oppnår full selvstendighet når det gjelder dagliglivets gjøremål, som for eksempel ivaretagelse av

personlig hygiene og lage mat. Utviklingen av selvstendighet skjer betydelig langsommere enn normal. De følelsesmessige, atferdsmessige og sosiale problemene som oppstår hos de fleste i denne gruppen er nærmere beslektet med de problemer en finner hos de uten utviklingshemming enn hos mennesker med moderat og alvorlig grad av psykisk utviklingshemming.

Moderat psykisk utviklingshemming: Mennesker med moderat psykisk utviklingshemming utvikler språkbruk og språkforståelse sent. Og de endelige resultatene innen for dette området er begrenset. Evnen til å oppnå full selvstendighet er også begrenset, og noen har behov for fullt tilsyn hele livet. Fullstendig uavhengighet i voksen alder oppnås svært sjeldent innenfor denne gruppen. Det er vanlig med ulike ferdighetsnivåer hos de med moderat utviklingshemming og det språklige utviklingsnivået varierer. Noen kan delta i enkle konversasjoner, mens andre bare er i stand til å uttrykke sine grunnleggende behov. Noen lærer aldri å bruke språket, selv om de kan forstå enkle instruksjoner.

Alvorlig psykisk utviklingshemming: De samme ferdighetene som er beskrevet for moderat psykisk utviklingshemming er svært lik for de med alvorlig psykisk utviklingshemming. De fleste individene i denne gruppen lider av betydelig motorisk svikt, eller andre tilknyttede mangler som antyder til en mangelfull utvikling av eller en betydelig skade på sentral nervesystemet.

Dyp psykisk utviklingshemming: Innen for denne gruppen vil vi finne mennesker med svært begrenset evne til å forstå eller å følge instruksjoner. De fleste har en sterkt begrenset eller ingen mobilitet, er inkontinente og i beste fall i stand til å delta i helt elementære former for ikke-verbal kommunikasjon. De har liten eller ingen evne til å ivareta sine egne grunnleggende behov, og fullstendig avhengige av hjelp fra andre (World Health Organization, 2011).

Forekomst

I industriland regner man med at cirka 1-3 % av befolkningen er utviklingshemmede. I u-landene blir tallene høyere på grunn av fattigdom og feilernæring som hindrer normalutvikling hos barn (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2011).

3.2 Psykiske lidelser

Tidligere betegnelser på psykiske lidelser har blant annet vært psykiatrisk sykdom og psykisk sykdom. På folkemunne har ord som «galskap» og «nervesykdom» tidligere blitt bruk.

Psykiske lidelser er en fellesbetegnelse på en gruppe lidelser som påvirker våre tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Bakken & Olsen, 2012). Psykiatrien har tre dominerende idetradisjoner: Den biologiske, sosialpsykiatriske og psykodynamiske tradisjonen. Den biologiske tradisjonen ser på årsaken til psykiske lidelser som endringer i sentralnervesystemet. Den sosialpsykiatriske legger vekt på de sosiale forholdenes betydning for forekomsten av psykiske lidelser. Den psykodynamiske tradisjonen er basert på psykoanalysen slik den er blitt utviklet av Freuds og hans etterfølgere.

Psykiske lidelser kan til dels forstås som mer av tanker og følelser som alle mennesker kjenner på, men fra en dimensjon fra lite til mye. Dette blir kalt en dimensjonal modell. Men det finnes også sykdommer som en enten har eller ikke har. For eksempel ADHD og Schizofreni. Dette beskrives ut ifra en kategoriell modell. Både dimensjonal og kategoriell er nødvendig for å forstå helheten av ulike former for psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd, & Stânicke, 2010).

3.3 Diagnosesystemer

Diagnosesystemene er et uttrykk for en allmenn enighet innen fagfeltet om hvordan man forstår og tenker om de ulike lidelsene. Diagnose systemene blir jevnlig revidert. ICD-10 og DSM-4 systemene er de mest brukte klassifikasjonssystemer for klinisk bruk. De er ikke bygget på en bestemt sykdomsoppfatning eller terapi forståelse. De tar heller ikke hensyn til kulturelle eller religiøse verdier. ICD-10 er spesielt vanlig å bruke i Europa for utredning av psykiske lidelser, men også DSM-IV blir brukt. ICD-10 er et internasjonalt system for kategorisering av psykiske lidelser og er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO). DSM-IV er USAs nasjonale system (Bakken & Eknes, 2008). DSM har nettopp kommet i revidert utgave, DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) og ICD-11 er ventet i 2017 (WHO, 2014)

Det har kommet et eget diagnosesystem for mennesker med psykisk utviklingshemning. DC-LD (diagnostiske kriterier for psykiske lidelser hos voksne med utviklingshemning) er den mest kjente (Holden, 2008). Den består i korte trekk av generell informasjon om diagnosegrupper, enkeltdiagnoser og diagnostiske kriterier. Årsaken til at det er kommet et eget diagnosesystem for mennesker med utviklingshemning er at symptomene som brukes i

de standardiserte diagnosesystemene som i ICD-10 og DSM-IV ikke alltid er like greie å bruke for utviklingshemmede. Spesielt vanskelig kan det være når de språklige ferdighetene er begrenset eller fraværende. DC-LD er i utgangspunktet et diagnosesystem for mennesker med moderat, alvorlig og dyp utviklingshemning, men kan også brukes hos de med lett grad av utviklingshemning. DC-LD dekker ikke alle psykiske lidelser, bare de mest vanlige. Derfor kan det være nødvendig å bruke ICD-10 i tillegg (Hove, 2008). DC-LD er primært et supplement til ICD-10. DC-LD er derfor i utgangspunktet likt som ICD-10, men med noen unntak. DC-LD har blant annet et eget avsnitt om atferdsproblemer (Holden, 2008).

3.4 Depresjon

Depresjon har en annen betydning i hverdagsspråket enn som en diagnose. Når betegnelsen brukes i hverdagsspråket refereres det til en følelse av nedstemthet og mismot hos personen. Når betegnelsen depresjon blir brukt som diagnose omfatter det ikke bare til følelseslivet, men til hele menneskets psykisk tilstand (Eknes, 2000).

Symptomer

ICD-10 viser til hvilke symptomer som oppstår ved depresjon. Kjernesymptomene er senket stemningsleie, økt tretthet og interesse- og gledeløshet. Andre symptomer ved depresjon er:

- Energitap,
- redusert konsentrasjon og oppmerksomhet,
- redusert selvfølelse og selvtillit,
- skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse (også ved milde episoder),
- triste og pessimistiske tanker om fremtiden,
- planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord,
- søvnforstyrrelser,
- Redusert appetitt.

Det kan være store individuelle variasjoner i det kliniske bildet, og atypiske symptomer kan forekomme. Spesielt hos de yngre. I noen tilfeller kan angst, motorisk uro og bekymringer være mer fremtredende enn depresjon. Endringene i stemningsleiet kan også skjules ved for eksempel bruk av store mengder alkoholkonsum, irritabilitet, teatralisk atferd og forverring av tidligere symptomer på fobier og tvangstanker. Kroppslige symptomer sees også hyppig i forbindelse med depresjon. Hodepine, brystmerter, ryggsmarter og andre diffuse smerter kan

forekomme. Derfor kan mange med depresjon mene at de har en kroppslig lidelse (World Health Organization, 2011).

Årsaker

Det foreligger mange ulike årsaker bak en depresjon. Både faktorer knyttet til arv, biologi, psykologi, kultur og samfunn spiller inn. Vanskelige livsopplevelser kan være en av årsakene til at depresjon oppstår. Dette kan for eksempel være tap av noen som står en nær. Depressive symptomer kan også forekomme som bivirkning av medikamenter. Depresjon kan også oppstå som følge av en alvorlig sykdom. For eksempel ved kreft. Kvaliteten på nettverket og relasjoner er også av stor betydning når det gjelder utvikling av depresjon. Dersom en person har et lite nettverk med få nære personer de har et godt og tillitsfull forhold med, kan sjansene for depresjon øke. Lært hjelpeløshet er en av mekanismene som kan bidra til depresjon. Lært hjelpeløshet vil si at personen har en historie hvor de har lært at de ikke kan gjøre noe fra eller til for å endre positive eller negative hendelser i livet. De unnlater å gjøre noe for å avbryte eller forbygge en utvikling mot depresjon. Traumer, stress, sykdom, vanskelige livshendelser og livssituasjoner kan ha stor betydning som årsak til depresjon. Det samme gjelder for ulike atferdsmønstre, relasjonelle forhold og opplevd sosial støtte og karakteristiske måter å tenke på og fortolke verden omkring seg på (Eknes, 2006; Skårderud, Haugsgjerd, & Stånicke, 2010).

Det mest brukte forklaringen til årsaken til at enkelte individ utvikler en depresjon forklares ut fra sårbarhets-stress- modellen. Sårbarhets-stress-modellen legger vekt på at utviklingen av depresjon avhenger av balansen mellom individets sårbarhet og opplevd stress. Med dette kan vi forstå at jo mer sårbar et individ er, jo mindre stress og belastning vil det tåle. Da kan en depresjon inntre (Knudsen, 2012).

Forekomst

Depresjon er den psykiske lidelsen som forekommer hyppigst i befolkningen, og rammer nesten dobbelt så mange kvinner som menn. I løpet av livet vil ca. 15 % av normalbefolkningen utvikle en depresjon. Depresjon debuterer som regel ved 20-30 årene, men kan også fremtre for første gang ved yngre eller eldre år (Knudsen, 2012).

Når en depresjon først har oppstått blir sårbarheten for å utvikle nye depresjoner forhøyet. Blandt de individene som har hatt en depresjon øker sannsynligheten til 50 % for å utvikle en

ny depresjon. Har man hatt to depresjoner øker risikoen til 70 %. Ved 3 depresjoner øker risikoen til hele 90 % for å utvikle enda en depresjon (Eknes, 2008; Kringlen, 2011).

Diagnostisere depresjon

En psykiatrisk diagnose er ikke en konstant forklaring, men angir den beste forklaringen på personens vansker og plager. Det er to viktige formål ved diagnostisering. Den ene dreier seg om å finne en mest mulig riktig forklaring på en persons atferd for å kunne gi en best mulig behandling. Det andre formålet gjelder forskning på medisinske tilstander (Bakken & Olsen, 2012).

Diagnosekriteriene som er beskrevet i ICD-10 brukes for å diagnostisere depresjon (*Se avsnitt om symptomer på depresjon hos mennesker uten psykisk utviklingshemning).

Diagnosekriteriene for depresjon i ICD-10 er et uttrykk for en allmenn enighet inne fagfeltet om hvordan man tenker om og forstår depresjon. Diagnosekriteriene fremstår som klare, men der er også slik at det skal brukes kliniskskjønn i vurderingen. Dette krever en bred klinisk erfaring og riktig utdanning. Det er derfor ikke tillat å stille slike diagnoser for andre enn leger og psykologer. Men det er en fordel at andre yrkesgrupper og nærpersoner kjenner godt til innholdet i diagnosekategoriene, slik at man kan ta initiativ til eller delta i diagnostiseringen (Bakken & Eknes, 2008).

I ICD-10 deles depresjon inn i mild, moderat, alvorlig depressiv episode uten psykose og alvorlig depressiv episode med psykose. Ved mild depressiv episode er to av tre overnevnte symptomer til stede, og personen er som regel i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter. Ved moderat depressiv episode er fire eller flere av symptomene nevnt ovenfor vanligvis til stede, og personen har sannsynligvis store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter. Ved alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer er mange av de symptomene nevnt ovenfor markerte og plagsomme. Her vil flere kunne ha selvmordstanker og -handlinger. Somatiske symptomer er vanlig blant de som faller innenfor denne gruppen. De samme symptomene her gjelder også ved alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer. Men her har også vedkommende psykotiske symptomer. Dette vil si at personen har hallusinasjoner, vrangforestillinger eller depressiv stupor. For å stille diagnosen må symptomene ha vedvart i minst to uker, men kortere varighet kan allikevel aksepteres dersom symptomene har en brå debut og er svært alvorlige (World Health Organization, 2011).

Konsekvenser

Kringlen (2012) sier at depresjon kan noen ganger føre til langvarig uførhet. Depresjon kan også gi økt risiko for å få en kroppslig lidelse. Blant annet økt risiko for hjerteinfarkt og utvikling av visse typer kreft (Eknes, 2006). Selvmord kan også være en konsekvens av depresjon. Cirka halvparten av de som begår selvmord, får i ettertid stilt diagnosen depresjon (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2011).

3.5 Depresjon hos mennesker med utviklingshemning

Forekomst av depresjon hos utviklingshemmede antas å være minst like hyppig eller hyppigere som hos befolkningen for øvrig på grunn av økt sårbarhet (Knudsen, 2012).

Symptomer på depresjon hos utviklingshemmede

Symptomene for depresjon hos mennesker med utviklingshemning er i utgangspunktet de samme som i den øvrige befolkningen, men profilen kan være noe annerledes (Eknes, 2008). Jeg vil derfor her bare nevne de depresjonssymptomene hos utviklingshemmede som skiller seg fra symptomene man finner hos den øvrige befolkningen som ble nevnt tidligere i avsnitt 3.4.

- **Irritabilitet og utagering:** Utagering forekommer hyppigere når personer med utviklingshemning og depresjon blir presset til å utføre oppgaver de opplever som ubehagelige og overveldende.
- **Nedsatt tempo:** Man kan observere om en person beveger kroppen saktere enn det som har vært vanlig for personen tidligere. Dette kan observeres tydelig uansett grad av utviklingshemning.
- **Mindre kommunikasjon:** Ved depresjon er det vanlig at personen prater mindre. Hos personer som ikke har verbalt språk kan man se at de bruker mindre tegnspråk eller kroppsspråk enn tidligere.
- **Sosial tilbaketrekning:** Ønsker ikke å være like mye med andre mennesker som tidligere. Dette kan også være tydelig signaler hos de som har forflytningsvansker. Økt irritabilitet og utagering er typisk i situasjoner hvor nærpersoner prøver å presse dem til å være mer sosial enn de makter.
- **Rastløshet:** Sterk grad av uro ved depresjon er svært vanlig blant utviklingshemmede og kalles agitert depresjon. Agitert depresjon kan være forbundet med noe høyere

selvmordsrisiko, siden personen da er mer handlekraftig enn ved mer passive tilstander.

- **Tvangsritualer:** Når en person allerede har tvangsritualer, kan øking av tvangshandlinger sees ved depresjon (Eknes, 2008).

Diagnostisering av depresjon hos utviklingshemmede

Diagnostisering er en tverrfaglig oppgave. Det krever derfor et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Deler av den medisinske utredningen kan gjøres av fastlegen. Den medisinske utredningen må være grundig og systematisk. Det er derfor viktig å kartlegge følgende områder:

- Personens familiære sykdommer
- Årsaken til utviklingshemningen
- Personens tidligere sykdoms historie
- Nevrologiske og medisinske tilstander (Bakken & Eknes, 2008)

Somatiske forhold kan være årsak til eller medvirkende årsak til psykiske lidelser og utfordrende atferd. Det er derfor nødvendig å foreta en somatiskundersøkelse (Stubrud, 2001).

ICD-10 og DSM-IV som er de mest brukte diagnosesystemene kan benyttes for mennesker med lett utviklingshemning. Også for ganske mange med moderat utviklingshemning (Eknes, 2000). Dette innebærer at diagnostiseringen i hovedsak foregår hos denne gruppen på samme måte som hos mennesker uten utviklingshemning. Hos mennesker med alvorlig og dyp utviklingshemning kan symptomene slik de er beskrevet i ICD-10 og DSM-IV være spesielt vanskelig å bruke. Dette fordi mennesker med utviklingshemning kan vise atypiske (uvanlige) symptomer, og fordi de ikke alltid selv kan redegjøre for sine plager (Eknes, 2008). DC-LD som i utgangspunktet er beregnet for mennesker med moderat, alvorlig og dyp utviklingshemning kan derfor være egnet til diagnostisering av depresjon hos denne gruppen (Hove, 2008).

For å kunne stille diagnosen depresjon i henhold til depresjonskriteriene i DC-LD må symptomene ha vært tilstede i minst 2 uker. Symptomene og tegnene må ikke være en direkte konsekvens av medikamenter, fysiske plager, forstyrrelser eller rusmidler. Kriteriene for blandet affektiv episode og schizoaffektiv episode er ikke til stede. Alle symptomene/tegnene må presentere en endring fra personens typiske væremåte. Depressivstemning og irritabilitet

må være tydelig til stede. Deretter må minst 6 andre av de tidligere nevnte symptomer være til stede. Innfris disse kriteriene kan man stille diagnosen depresjon i DC-LD (Eknes, 2008).

3.6 Vansker i forhold til oppdaging og diagnostisering av depresjon hos utviklingshemmede

Oppdaging og diagnostisering av depresjon baserer seg ofte på tolkning. Hos mennesker med utviklingshemning, spesielt hos de med moderat til alvorlig utviklingshemning kan det være spesielt vanskelig. Først og fremst grunnet manglende verbale evner hos personen.

Diagnostikk og oppdaging av depresjon hos de med lett utviklingshemning er heller ikke så enkelt som mange skulle tro (Holden, 2008).

Jeg vil her se nærmere på noen av problemene ved oppdaging og diagnostisering av depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Både problemer som kan føre til at en depresjon blir oversett eller til at en depresjon blir gitt til personer som ikke har det.

Atypiske symptomer ved depresjon hos mennesker med utviklingshemning

Symptomer på psykiske lidelser kan fremtre noe annerledes hos mennesker med utviklingshemning. Atypiske symptomer vil si at symptomene er uvanlige. Eksempler på dette kan være selvskading og annen problematferd som kan være uttrykk for depresjon (Holden, 2008). Jo alvorligere utviklingshemningen er jo mer atypisk er symptomene (Bakken & Eknes, 2008).

Diagnostisk overskygging

Trine Lise Bakken (2012) skriver at diagnostisk overskygging er en betegnelse som brukes når alle vansker en person har blir tilskrevet funksjonshemningen og ikke en tilleggslidelse.

Diagnostisk overskygging er et økende problem med økende grad av utviklingshemning.

Dette kan være et tilfelle hos for eksempel mennesker med alvorlig og dyp grad av utviklingshemning. De har liten eller ingen evne til å formidle sine plager og sin fortvilelse ved en depresjon. Fortvilelsen av disse plagene blir av denne gruppen formidlet gjennom motorisk uro, rop og selvskadende atferd. Denne typen atferd er ofte ikke akseptabel og får gjerne merkelappen «utfordrende atferd». Dette blir ofte behandlet med beroligende medikamenter eller atferds reduserende behandlingsmetoder. Dette kan føre til at personer med utviklingshemning er deprimerte i flere tiår uten at depresjonen blir oppdaget.

Diagnostisk overskygging er særlig et problem ved utredning og diagnostisering hos mennesker som har liten evne til å uttrykke vanskene sine verbalt. Utviklingshemning

medfører også redusert kognitiv kapasitet, dette kan gjøre det vanskelig for personen både å forstå og svare utfyllende og «nøyaktig» på spørsmål som blir stilt i forbindelse med utredningen. Dette kan øke sannsynligheten for både falske positive og falske negative diagnoser. Falske positive vil si å sette en diagnose hos en som ikke har tilstanden. Falske negative vil si når diagnosen ikke blir stilt hos en person som for eksempel har depresjon. Begge deler har konsekvenser for behandlingen, som ved overbehandling, feil behandling eller behandling personen skulle ha hatt, men ikke får på grunn av mangelfull utredning.

Symptomer på depresjon VS utviklingshemning

Holden (2008) sier at psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser kan være vanskelig å skille fra atferd som henger sammen med syndromer som medfører psykisk utviklingshemning, spesielt ved vesentlig utviklingshemning. Holden (2008) refererer til Dykens (1995) som sier at atferdsfenotyp betyr en økt sannsynlighet for at personer med et gitt syndrom har bestemte atferds eller utviklingsmessige følgetilstander, sammenlignet med personer som ikke har syndromet. Atferdsfenotyper er ikke et tilfelle hos alle som har et syndrom. Det er heller ikke slik at alle har den like sterkt. Det som gjør at fenotyper kan gjøre det vanskelig å oppdage og diagnostisere depresjon hos utviklingshemmede, er at mange av dem kan ha likhet med symptomer på depresjon. Mennesker med Down syndrom har en tendens til å kunne sette seg ned hvor om helst, og være vanskelig å få med seg videre. De kan også insistere på å ligge i sengen hele dagen. Årsaken til dette skyldes imidlertid energi mangel som forekommer med Down syndrom og er ikke et tegn på depresjon. Ved Klinefelters syndrom er lavt selvbilde og tilbakeholdenhet vanlig og det er derfor ikke et tegn på depresjon (Holden, 2008).

Svak verbal fungering

Oppdaging og diagnostisering av depresjon i normal befolkningen baserer seg vanligvis på to kilder: Det personen selv forteller om sine plager og symptomer, og observasjoner av endret atferd. Personer med språkvansker har problemer med å beskrive sin egen atferd, hva som opprettholder atferden, motiverer den og hvor ofte den forekommer i ulike situasjoner. De kan ha vansker med å forholde seg til noe annet enn situasjonen her og nå. Mange av symptomene ved depresjon krever at personen kan fortelle om sine egne følelser og tanker. For eksempel følelse av verdiløshet, bekymringer og tanker om selvmord. Bruk av intervju og samtaler med tanke på denne gruppen kan være vanskelig. Når vi ikke kan få tak i personens følelser og tanker må vi derfor basere oss på personens atferd og reaksjoner. Det er også viktig å snakke med personer som kjenner vedkommende godt (Holden, 2008).

Følger av mindre atferds repertoar

Noen symptomer ved depresjon er konkrete handlinger. Disse symptomene krever et visst atferds repertoar og en grunnleggende motorikk. For eksempel tristhet som krever en kompleksmimikk som ikke alle har motorikk til. Personen må også ha interesser det går an å miste. Manglende atferd trenger ikke være et symptom på depresjon. For eksempel om en person ikke prater og aldri har kunnet prate er det ikke et tegn på depresjon. Dette må en ta hensyn til når man diagnostiserer, uten at dette fører til diagnostisk overskygging (Holden, 2008).

Patoplastiske faktorer

Stubrud (2001) skriver at betegnelsen patoplastikk viser til spesielle konsekvenser som personlighetstrekk og intelligens har på psykiske symptomer og lidelser. Det er særlig fire av disse faktorene som er av betydning når det gjelder utviklingshemmede: Intellektuell forvrengning, psykososial maskering, kognitiv disintegrasjon og basislinje-overdrivelser.

Intellektuell forvrengning viser til effektene av en begrenset evne til å tenke abstrakt og å kommunisere nøyaktig. Dette kan påvirke diagnostiseringen ved at personen har en begrenset evne til å observere og beskrive egen atferd og følelser. Psykososial maskering viser til effektene av begrenset sosiale ferdigheter og annen livserfaring. Dette kan gi mangelfull framvisning av og mangel på forestillinger gjennom intervju. De som diagnostiserer kan også mistolke nervøsitet og platthet som psykiske symptom. Kognitiv disintegrasjon viser til effekter av forstyrrelser i kognitive prosesser som følge av stress og krav. Dette kan gi presentasjon av psykoselignende tilstand som kan misdiagnostiseres som schizofreni eller depresjon. Betegnelsen basislinje-overdrivelse viser til at utviklingshemmede i utgangspunktet har en mer forstyrret atferd og det kan derfor være vanskelig og skille dette fra en psykisklidelse. Dette kan også innebære at symptomer på psykisklidelse kan være en blanding av nye atferds former og en økning i styrken og/eller alvorlighetsgraden av tidligere eksisterende atferds former. Basislinje-overdrivelse kan skape vansker med tolking og fastsettelse av symptomer og måling av utfall (Stubrud, 2001).

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg først gjøre rede for ulike kartleggingsverktøy som benyttes for å finne symptomer på depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Deretter vil jeg vise hvordan

man kan finne ut av hvor bra et kartleggingsredskap er til å fange opp depresjon. Videre vil jeg presentere tidligere forskning som kan bidra til å belyse problemstillingen.

4.1 Kartleggingsverktøy

Det er utviklet spesielle redskaper som er nyttige i kartleggingen av symptomer på psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Disse redskapene omtales som kartleggingsverktøy (Myrbakk, 2008). Jeg tar for meg de mest brukte kartleggingsredskapene som fanger opp depresjon hos mennesker med utviklingshemning.

- **GDS-LD** (The Glasgow Depression Scale – Learning Disability) er et selvrapporteringsskjema om depresjon. Dette innebærer at personen selv skal svare på spørsmålene. GDS-LD har 20 spørsmål som personer med lett og moderat utviklingshemning skal svare på. Disse spørsmålene handler om hvordan man har hatt det den siste uken. GDS-LD inneholder også en supplerende skala (GDS-CS). Denne består av 16 spørsmål som nærpersionene skal svare på. Spørsmålene handler om blant annet personens væremåte den siste uken (Eknes, 2008).
- **RSMB** (Reeis Screen for Maladaptive Behavior) er et instrument om måler atferdsproblemer hos mennesker med utviklingshemning. Den inneholder to kategorier for å måle depresjon. Hver kategori består av fem spørsmål der det skåres på en fem punkts skala fra ikke problem til alvorlig problem (Eknes, 2000).
- **Mini PAS/ADD** (Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities) er en del av en større kartleggingspakke. Kartlegging med Mini PAS/ADD kan gi indikasjoner på om en person har psykiske lidelser og kan være et grunnlag for henvisning til nærmere utredning og behandling. Dette kartleggingsverktøyet angir ingen spesifikk nivå av utviklingshemning den er tiltenkt. Men en del av spørsmålene krever at personen er i god stand til å formidle tanker og følelser. Mini PAS/ADD begrenser dermed sin bruk ved alvorligere grader av utviklingshemning (Myrbakk, 2008).
- **PIMRA** (The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults) er utviklet for voksne personer med utviklingshemning. Depresjonsskalaen består av 7 ulike punkter som skal besvares med ja eller nei. PIMRA finnes både som selvrapporteringsskjema (personen svarer på spørsmålene selv) og som intervju hvor nærpersionene besvarer spørsmålene (Eknes, 2000).

- **SRDQ** (Self-Report Depression Questionnaire) er et strukturert intervju for voksne med lett til moderat utviklingshemning. Eksempel fra et spørsmål er hvordan de har følt seg de siste to ukene. De skal da peke på et av fem ansikter rangert fra veldig trist ☹ til veldig glad ☺ (Eknes, 2008).

Andre kartleggingsverktøy som fanger opp depresjon hos utviklingshemmede er blant annet ADAMS, MRDS, MIPQ, DASH-II og CDI (Eknes, 2008; Eknes, 2000).

Hvordan evaluere hvor godt kartleggingsverktøyene fungerer?

For å finne ut av hvor bra et kartleggingsverktøy er til å fange opp depresjon er det noen viktige momenter ved testen som må vurderes; Validitet og reliabilitet.

Validitet vil si hvor godt et kartleggingsverktøy måler det det er tiltenkt å måle. I dette tilfelle: Depresjon. Validiteten av et kartleggingsverktøy bedømmes ved en sammenligning av resultater med resultater fra et annen anerkjent kartleggingsverktøy som er utført på samme studiepopulasjon (utviklingshemmede).

Reliabilitet vil si om kartleggingsverktøyet viser det samme resultatet ved flere tester. Reliabiliteten kan derfor kontrolleres ved at testen gjentas flere ganger over tid og er uavhengige av hverandre (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2005).

4.2 Gjennomgang av artikkel 1

Denne forskningsartikkelen er fra England og er skrevet av N. Perez-Achiaga, S. Nelson og A. Hassiotis (2009) «Instrument for the detection of depression symptoms in people with intellectual disabilities: A systematic review».

Formål: Studiens formål er og systematisk å gjennomgå alle de publiserte studiene som rapporterer om validiteten og reliabiliteten for instrumenter som blir brukt for å oppdage depressive symptomer hos mennesker med alle grader av utviklingshemning. Studiens andre formål er å konkludere med hvilket instrument som har tilstrekkelige psykometriske egenskaper og hvilke som er lovende, men som krever mer forskning.

Metode: Litteraturstudium av utvikling, modifisering og bruk av screening- og måle instrumenter for depresjon hos voksne med utviklingshemning.

Resultat av søk: 28 studier ble identifisert.

Hovedfunn: De fant at hovedinstrumentene som blir bruk for screening og diagnose for depresjon hos mennesker med utviklingshemning var vurderingsskalaer og sjekklister. De fleste av disse er informant administrerte og krever trening for å kunne brukes. De instrumentene som viste seg å være mest pålitelige var RSMB og PAS-ADD Checklist. GDS, the Mini PAS-ADD og SRDQ viste lovende resultater (Perez-Achiaga, Nelson, & Hassiotis, 2009).

4.3 Gjennomgang av artikkel 2

Denne forskningsartikkelen er fra Nederland og er skrevet av Heidi Hermans og Heleen M. Evenhuis (2010) "Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review."

Formål: Formålet med denne studien er å samle sammen informasjon om gjennomførbarhet, relabiliteten og validiteten av tilgjengelige instrumenter som screener for depresjon hos mennesker med utviklingshemning. De har gjennomført en systematisk gjennomgang av all den litteraturen som har rapportert om validiteten og relabiliteten av instrumenter som skal finne symptomer på depresjon hos mennesker med alle former for utviklingshemning. De diskuterer hvilket instrument som virker mest lovende i forhold til validiteten og relabiliteten av måleinstrumentet.

Metode: Dette er en litteraturstudie.

Resultat av søk: det ble funnet 15 instrumenter, som hadde studert for deres relabilitet. For fire instrumenter, har en av to rapportert gjennomførbarhets poeng. For 13 av disse 15 instrumentene var validiteten også studert. De fant seks instrumenter som var utformet som et selvrappoterings skjema for mennesker med mild til moderat utviklingshemning. To av disse instrumentene hadde også et informant-rapportering versjon. Tre av disse seks var utviklet for den øvrige befolkningen. Videre fant de 10 instrumenter som baserte seg på informantrapportering. To av disse instrumentene screener kun etter depresjon. De sju andre har en depresjon underskala.

Hovedfunn: Når det gjelder selvrappoteringsinstrumentene konkluderte de med at The Glasgow Depression Scale virket mest lovende. Dette på grunn av pålitelighet da den målte det den skulle måle og at den skilte på en god måte hvem som var deprimerte og ikke. Spørreskjemaet var også bra. Men på en annenside så ble instrumentet studert i en altfor liten gruppe. Når det gjelder informant-rapporterings instrumentene blir Assessment of Dual

Diagnosis (ADD), the Reiss Screen for Maladaptive Behaviour (RSMB) og Children`s Depression Inventory (CDI) konkludert med å være de mest lovende. ADD viser det samme resultatet ved gjentatte målinger og måler det det er tiltenkt å måle. Validiteten og reliabiliteten til RSMB var moderat, men depresjonsskalaen har ikke blitt studert tilstrekkelig nok. CDI fikk de samme resultatene ved flere tester, men var moderat i forhold til å skille mellom de som har depresjon og ikke. Men CDI viste seg og være lite tilpasset for mennesker med mer alvorlig utviklingshemning. De mener at ADD, RSMB og CDI er alle lovende, men at de bør studeres ytterligere (Hermans & Evenhuis, 2010).

4.4 Gjennomgang av artikkel 3

Denne artikkelen er fra USA og er skrevet av Sarah H. Ailey (2009) "The Sensitivity and Specificity of Depression Screening Tools Among Adults with Intellectual Disabilities".

Formål: Formålet med denne forskningsartikkelen er å få tak i reliabiliteten, validiteten, sensitiviteten og spesifisitet for selv-rapporterings screeningredskap, Beck Depression Inventory II (BDI-II), og Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GDS- LD) blant mennesker med mild eller moderat utviklingshemning.

Metode: Deltakerne i denne forskningen ble rekruttert gjennom byråer som tjener mennesker med utviklingshemning i et stort byområde. Deltakerne var 75 mennesker med utviklingshemning i alderen 18-72år. 37 av disse var menn og 38 av dem var kvinner. 62,7 % var hvite, 17,13 % afroamerikanske, 17,3 % latinamerikanere og 2,7 % asiater. 86,7 % hadde mild utviklingshemning og 13,3 hadde moderat utviklingshemning. Informantene var ansatte eller familiemedlemmer som deltakerne selv pekte ut, eller deres «gardian». Masterstudenter i sosialarbeid og pleiere med forskningserfaring ble trent til å bruke BDI-II og GDS-LD på mennesker med utviklingshemning. Hovedforsker ble trent til å bruke PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities). Den ene halvdel ble først intervjuet med BDI-II, og den andre halvdel først med GDS-LD.

Hovedfunn: BDI-II og GDS-LD skiller på en god måte hvem som er deprimerte og ikke. Disse redskapene fungerer derfor som screeningredskap for depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Spesielt GDS-LD som er spesielt utviklet til bruk hos mennesker med utviklingshemning. Den skiller deltakerne i nivå av depresjon, og skiller tydelig mellom elementer som gjenspeiler ulike nivåer av oppbyggingen og depresjon. GDS-LD er sannsynligvis derfor en mer nyttig screening verktøy for mennesker med utviklingshemning. Forskerne fant ut at mennesker med mild eller moderat utviklingshemning bør bli involvert i

screeningen og kliniske intervju for depressive episoder i alle tilfeller hvor det er mulig. De fant også ut at symptomene på depresjon hos mennesker med utviklingshemning av mild og moderatgrad er lignende symptomene man finner hos den øvrige befolkningen. Derfor kan depresjon evalueres på lignende måte hos denne gruppen som hos befolkningen for øvrig (Ailey, 2009).

4.5 Gjennomgang av artikkel 4

Denne forskningsartikkelen er fra England og er skrevet av Elaine Ross og Chris Oliver (2003) «The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation».

Formål: Denne gjennomgangen vil fokusere på følelseslivet til voksne mennesker med alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning. Artikkelen tar for seg statusen for forskning for oppdagelse av stemningslidelser. De fleste forskningsartikler har tatt for seg depresjon, og artikkelen vil derfor ha et hovedfokus på identifisering av depresjon.

Metode: Dette er en teoretisk gjennomgang av forskning.

Hovedfunn: De fant at det er behov for å utvikle metoder for å fange opp affeksjon hos mennesker med alvorlig og dyp utviklingshemning som er valide og pålitelige, og som ikke baserer seg på selv-rapportering (Ross & Oliver, 2003).

Denne artikkelen kan i min studie bidra til å belyse hvilke utfordringer vi står ovenfor når det gjelder å oppdage og identifisere depresjon hos mennesker med alvorlig og dyp utviklingshemning. Og hvilke instrumenter som er konstruert til å fange opp depresjon hos mennesker som har begrenset eller ingen mulighet til å uttrykke seg.

4.6 Gjennomgang av artikkel 5

Denne studien er norsk og er skrevet av Heidi Bjørnerem (1997) «Diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation».

Formål: Denne artikkelen påpeker viktigheten av å gjenkjenne affektive lidelser hos mennesker med utviklingshemning. Spesielt hos de med moderat, alvorlig og dyp psykisk utviklingshemning.

Metode: Heidi Bjørnerem illustrerer med to kasus.

Hovedfunn: Hos utviklingshemmede uten språk må man se etter atferd som kan være uttrykk for følelser eller tanker som er typiske ved affektiv lidelse (Vil dø, tror de er syke, har ikke

lyst til noe). Personalet kan også overse symptomer av psykiatrisk natur fordi symptomene blir årsaks forklart med det intellektuelle handicapet. Det er viktig å oppdage affektive lidelser slik at forebygging/behandlings-gevinst kan benyttes. Ved diagnostisering av affektiv lidelser trenger man informanter som har kjent pasienten over lengere tid og bør snakke med familie og personalet i tillegg til pasienten der det er mulig. Det er også viktig for å hindre følelsesmessige påkjenninger for pasienten og miljøet rundt. Denne gruppa er ekstremt avhengig av sine omgivelser. Det er viktig å være oppmerksom på sirkulære mekanismer mellom pasient og miljø som kan gjøre psykodiagnostikk vanskelig. Symptom på affektive lidelser kan utløse reaksjoner fra omgivelsene som kan ha forsterkende effekt på personens atferd (Bjørnerem, 1997).

Artikkelen kan benyttes i min oppgave slik at jeg kan poengtere hvorfor det er viktig å gjenkjenne depresjon hos mennesker med utviklingshemning og hvorfor vi skal jobbe med å identifisere depresjon hos mennesker som trenger hjelp.

4.7 Oppsummering av resultat

Det er en enighet mellom forskerne når det gjelder GDS. De er enige om at den viser lovende resultater til bruk for å fange opp depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Med lovende resultat kan det tenkes at de krever ennå mer forskning på området for å kunne få mest mulig riktige resultater ved bruk av GDS. Når det gjelder RSMB fant Perez-Achiaga, Nelson og Hassiotis at denne var en av de best validerte redskapet. Men Hermans og Evenhuis fant ut på sin side at validiteten og reliabiliteten til RSMB var moderat, men at det allikevel var et av de mest lovende kartleggingsverktøyene. Foruten om GDS og RSMB, er det ingen flere kartleggingsverktøy som forskerne ser deg enige om. Eknes (2000) skriver på sin side at depresjonsskalaen til RSMB er svakere enn i andre skalaer. Dette blant annet fordi den består av for få spørsmål. Og to av disse spørsmålene måler også angst og frykt som ikke er en del av depresjonskriteriene.

RSMB kan brukes ved alle grader av utviklingshemning og er et informantbasert verktøy (Eknes, 2000). GSD er på sin side et selvrapporterings verktøy for mennesker med lett til moderat utviklingshemning, men inneholder også en supplerende skala som nærpersionene skal svare på (Eknes, 2008).

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg bruke funnene fra de ulike forsknings artikler og teorien til å drøfte i forhold til min problemstilling: Hvordan oppdage og diagnostisere depresjon? Jeg har valgt å dele inn kapitlet etter mine hovedfunn.

Mennesker med lett til moderat grad av utviklingshemning

Mennesker med lett og moderat grad av utviklingshemning sies å ha de samme symptomene som den øvrige befolkningen og kan derfor oppdages og også diagnostiseres på lignende måte. Diagnose kan derfor stilles ved bruk av kriteriene i ICD-10. Men DC-LD kriteriene kan benyttes i tillegg. Men det kan allikevel være viktig å tenke på at vedkommende er utviklingshemmet og tilpasse spørsmålene som brukes for å avdekke depresjon slik at vedkommende forstår innholdet i spørsmålet og derfor kan svare deretter.

Mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemning

Hos utviklingshemmede uten språk må man se etter atferd som kan være uttrykk for følelser eller tanker som er typiske ved affektiv lidelse (Vil dø, tror de er syke, har ikke lyst til noe) (Bjørnerem, 1997). Det er også viktig å merke seg at det kan forekomme mer atypiske symptomer hos denne gruppen, da forekomsten av dette øker med grad av utviklingshemning (Bakken & Eknes, 2008). Jeg tolker dette slik at man derfor ikke bør være så rask med å utelukke depresjon ved symptomer som ved første øyekast ikke indikerer depresjon. Ut fra resultatene kan det også se ut for at det trengs mer forskning for å utvikle et kartleggingsverktøy som på en bedre måte kan fange opp depresjon hos denne gruppen. Det kan også være behov for mer forskning om hvilke atypiske symptomer som er mest fremtredende ved depresjon hos denne gruppen, slik at vi vet hvilken form for atferd vi skal være oppmerksomme på som kan indikere depresjon. DC-LD kriteriene benyttes for å sette diagnosen depresjon hos denne gruppen.

Oppdaging og diagnostisering av depresjon basert på selvrapporing

Mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemning har særlige vansker i forhold til kommunikasjon og kan ha vansker med å forstå hva som blir kommunisert til dem (Stubrud, 2001) Selvrapporing er derfor ikke et egnet verktøy for denne gruppen av utviklingshemmede. Ailey (2009) fant ut at symptomene på depresjon hos mennesker med utviklingshemning av mild og moderatgrad er lignende symptomene man finner hos den øvrige befolkningen. Derfor kan depresjon evalueres på lignende måte hos denne gruppen

som hos befolkningen for øvrig. Og derfor kan mange innenfor denne gruppen bruke selvrapportering ved depresjon. Bakken og Eknes (2008) nevner også at hos mennesker med lett til moderat grad av utviklingshemning bør man alltid foreta et diagnostisk intervju med hovedpersonen selv (Bakken & Eknes, 2008). Men på en annen side kan det hos mennesker med lett til moderat grad forekomme flere forhold som kan påvirke resultatet ved selvrapportering av depresjon. Intellektuell forvrengning viser til effektene av en begrenset evne til å tenke abstrakt og å kommunisere nøyaktig. Dette kan påvirke diagnostiseringen ved at personen har en begrenset evne til å observere og beskrive egen atferd og følelser (Stubrud, 2001). Baseline overdrivelse viser til at utviklingshemmede i utgangspunktet har en mer forstyrret atferd og den personen som diagnostiserer kan ha vansker med å skille dette fra psykiske lidelser (Holden, 2008). Jeg mener at det kan styrke vurderingen om man i tillegg intervjuer nærperso-ner som kjenner vedkommende godt.

Oppdaging og diagnostisering av depresjon basert på informant rapportering

Informantbaserte verktøy vil si at personer som kjenner hovedpersonen svarer på spørsmål som kan være med å avdekke en depresjon. Det kan være snakk om familiemedlemmer eller personal. Det stilles krav til at personene som intervjues har kjent nærperso-nen over lengre tid, og derfor har god kjennskap til vedkommende (Eknes, 2008).

Kommunikasjonsferdighetene hos mennesker med alvorlig til dyp utviklingshemning er særlig svekket. Derfor må ofte kartleggingen basere seg kun på intervju av personer som kjenner vedkommende godt og på observasjoner (Holden, 2008).

Det kan tenkes at det er ulike rådende tolkninger og oppfatninger for eksempel blant personalet om en persons atferd skyldes en depresjon eller ikke. Noen kan for eksempel ikke være klar over den type atferd som følger med visse syndromer og forklare og tolke disse som symptomer på depresjon der det ikke er grunnlag for det (Holden, 2008). Baseline-overdrivelse viser som nevnt tidligere til at utviklingshemmede i utgangspunktet har en mer forstyrret atferd, og personalet kan ha vansker med å skille dette fra psykiske lidelser (Holden, 2008). De ulike oppfatningene og tolkningene kan tenkes å føre til at personalet svarer ulikt på intervjuet. Dette kan igjen bidra til diagnostisk overskygging (Bakken & Olsen, 2012) eller antakelser at en person har depresjon der dette ikke er tilfelle. Det kan derfor være viktig å intervju flere personer, da dette kan gi et bredere grunnlag i vurderingen om en person har depresjon eller ikke.

Oppdaging og diagnostisering ved bruk av kartleggingsverktøy

Even Myrbakk (2008) skriver at selv om kartleggingsverktøyene blir konkludert med å være akseptable og pålitelige instrumenter, bør man allikevel ha en kritisk holdning til resultatene av slike kartlegginger. Han mener man bør være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner i forhold til diagnose etter en kartlegging med kun et av instrumentene. En bør kartlegge med flere instrumenter for så å sammenligne resultatene. Da vil man finne ut av hva kartleggingsverktøyene er enige om og hva de ikke er enige om. Kartlegging ved bruk av flere en ett kartleggings verktøy gir bredere grunnlag når psykiske lidelser skal vurderes (Myrbakk, 2008). Jeg vil si meg enig med Myrbakk da mine resultater viser her at kartleggingsverktøyenes evne til å fange opp depresjon er varierende. De som ble regnet som de beste blir også konkludert med å studeres yttligere på grunn av at det trengs forbedring av disse. Ut fra resultatene tyder det på at det trengs mer forskning på feltet for å skape og videreutvikle kartleggingsverktøy som fanger opp depresjon hos utviklingshemmede på en pålitelig måte.

Vernepleierens ansvar

I dag er det ingen tvil om at også utviklingshemmede er sårbare for å utvikle depresjon (Eknes, 2000). Som nevnt tidligere i oppgaven står vi ovenfor flere utfordringer som kan gjøre det vanskelig å oppdage og diagnostisere depresjon. Uten tvil sliter mange utviklingshemmede med depresjon uten at det er blitt oppdaget.

Psykiske lidelser påvirker vår livskvalitet og helse (Eknes, 2000). Vernepleiere sitt overordnede mål er å bidra til at de vi jobber for og med oppnår god livskvalitet (FO, 2008). Vi har derfor et ansvar for å bidra til at mennesker med utviklingshemning som har depresjon får hjelp for sine plager.

Hvordan kan vi oppdage depresjon? Vi må ha øynene oppe og følge med på atferds forandringer som kan indikere depresjon. Dette kan bli gjort i praksis ved systematisk observasjon og rapportering. Ved å observere og rapportere om for eksempel søvnendringer, humør og kommunikasjon kan man tydeligere kunne se sammenhenger til for eksempel depresjon. Jeg mener at dette også kan bidra til at meningene blant personalet kan bli mer samstemte da det er dokumentasjon om endringene rundt en persons atferd.

For å vite hva man skal se etter er det nødvendig med kunnskap om depresjon og hvordan den fremtrer hos utviklingshemmede. Dette understøttes av NAKU (2008) som også trekker frem i

sin rapport at det er behov for mer kunnskap om utviklingshemning og psykiske lidelser i alle ledd innen for helsesektoren. De sier at personer som jobber tett sammen med utviklingshemmede trenger bevisstgjøring om hvordan psykiske lidelser fremtrer og hva det er viktig å være oppmerksom på. Ved å ha kjennskap til symptomene og hvordan de fremtrer hos utviklingshemmede kan være en viktig faktor for å kunne oppdage det (NAKU, 2008).

Men på en annen side mener jeg også at kunnskap om utfordringene ved oppdaging og diagnostisering av depresjon kan bidra til en reduisering av feildiagnostisering og overdiagnostisering. Ved for eksempel å være bevist på at diagnostiskoverskygging er et problem ved oppdaging og diagnostisering av depresjon vil vi kunne være mer kritisk til utsagn som at: «Nei, disse problemene skyldes utviklingshemningen» og heller kunne åpne øynene og tenke mer bredspektret og se at atferden kan bunne i noe helt annet som for eksempel depresjon. Og derfor ta de grepene som kreves for at en person får den hjelpen han/hun har behov for.

6.0 Avslutning

Under arbeid med denne oppgaven har jeg fått fordypet meg i hvordan man oppdager og diagnostiserer depresjon hos mennesker med utviklingshemning. Jeg har sett på utfordringene vi står ovenfor når det gjelder oppdaging og diagnostisering av depresjon og drøftet disse opp mot mine funn. Jeg har også sett på forskning vedrørende kartleggingsverktøy for å undersøke om det er enighet blant forskerne når det gjelder hvilket kartleggingsverktøy som egner seg best til bruk i å oppdage og diagnostisere depresjon.

Når det gjelder kartleggingsverktøy som benyttes for å oppdage og diagnostisere depresjon fant jeg at det enighet mellom forskerne i at The Glasgow Depression Scale (GDS) og Reeis Screen for Maladaptive Behavior (RSMB) er lovende kartleggingsverktøy, men at det trengs mer forskning på området. Selv om det trengs mer forskning på området, mener jeg at disse metodene bør gjøres bedre kjent og tas mer i bruk. Jeg fant også ut at ved å benytte seg av mer enn et kartleggings verktøy kan det gi et mer presist grunnlag i vurderingen om en person har depresjon eller ikke.

Jeg sier meg enig i NAKU`s rapport i at det trengs mer kunnskap om depresjon i alle ledd innenfor helsesektoren. Og at personer som jobber tett med utviklingshemmede trenger bevisstgjøring om hvordan depresjon fremtrer hos utviklingshemmede og hva det er viktig å være oppmerksom på. Jeg mener man på denne måten er bedre rustet til å oppdage depresjon

hos utviklingshemmede. Men samtidig mener jeg det er viktig å være klar over, og ha kunnskap om utfordringene ved oppdaging og diagnostisering av depresjon hos utviklingshemmede. Dette fordi jeg mener de kan bidra til å foreta mer presise og grundige vurderinger i forhold til om en person har depresjon eller ikke.

7.0 Bibliografi

- Ailey, S. (2009, Juni 29). The Sensitivity and Specificity of Depression Screening Tools Among Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research*, s. 45-64.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Implementation and Support*. Hentet: Mai 12, 2014, fra: www.dsm5.org/Pages/Default.aspx
- Bakken, T. L., & Eknes, J. (2008). Diagnostisering - perspektiver og utfordringer. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utredning og diagnostisering* (s. 63-67). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bakken, T. L., & Eknes, J. (2008). Diagnostisering av atferdsforstyrrelser, psykiske og nevropsykriatriske lidelser. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utredning og diagnostisering* (s. 127-131). Oslo: Univeristetsforlaget.
- Bakken, T. L., & Olsen, M. E. (2012). *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bjørnerem, H. (1997, April 7). Diagnosing affective disorder in individuals with mental retardation. *Nord J Psychiatry*, s. 69-75.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eknes, J. (2000). Psykisk helse blandt mennesker med psykisk utviklingshemning. I J. Eknes, *Utviklingshemning og psykisk helse* (s. 33-56). Oslo: Universitetforlaget.
- Eknes, J. (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: forståelse og behandling*. Oslo: Univrsitetsforlaget.
- Eknes, J. (2008). I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker* (s. 132-149). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Eknes, J. (2008). Diagnostisering av depresjon hos personer med utviklingshemning. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utredning og diagnostisering* (s. 132-149). Oslo: Universitetsforlaget.
- FO. (2008). *Om vernepleieyrket*. Oslo: LO Media.

- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2011). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2010, April 28). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, s. 1109-1120.
- Holden, B. (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hove, O. (2008). DC-LD: diagnostiske kriterier for psykiske lidelser hos voksne med utviklingshemning. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utreddning og diagnostisering* (s. 68-74). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Knudsen, T. R. (2012). Depresjon. I T. L. Bakken, & M. E. Olsen, *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning* (s. 81-94). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, E. (2012). *Depresjon*. Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Melgård, T. (2000). Utviklingshemning. I J. Eknes, *Utviklingshemning og psykisk helse* (s. 11-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrbakk, E. (2008). Kartlegging av psykiske lidelser ved hjelp av Reiss Screen, DASH-II/ADD og Mini PAS-ADD. I J. Eknes, T. L. Bakken, J. A. Løkke, & I. Mæhle, *Utreddning og diagnostisering: Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker* (s. 75-87). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mæhle, I. (2011). Downs syndrom. I I. Mæhle, J. Eknes, & G. Houge, *Utviklingshemning: Årsaker og konsekvenser* (s. 67-80). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæhle, I. (2011). Føtalt alkohol spektrum forstyrrelser. I I. Mæhle, J. Eknes, & G. Houge, *Utviklingshemning: Årsaker og konsekvenser* (s. 195-201). Oslo: Universitetsforlaget.
- NAKU. (2008). *Utviklingshemning og psykiskehelsetjenster*. Trondheim: Skibnes AS.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2005). *Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Perez-Achiaga, N., Nelson, S., & Hassiotis, A. (2009, Mars 30). Instruments for the detection of depressive symptoms in people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual Disabilities*, s. 55-76.
- Ross, E., & Oliver, C. (2003, Juli 22). The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation. *Clinical psychology review*, s. 225-245.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubrud, L. H. (2001). *Utviklingshemning i et økologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO. (2014). *World Health Organization*. Hentet Mai 12, 2014, fra www.who.int/classifications/icd/revision/en/
- World Health Organization . (2011). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Vedlegg 1 Søkeplan

Norsk

1.

Nøkkelord	Kombinert med disse variablene
Psykisk utviklingshem?	Bipolar lidelse
Mental retardasjon	Depressiv lidelse
Utviklingshem?	Unipolar depresjon
	Depresjon
	Depressivt stemningsleie

2.

Nøkkelord	Kombinert med disse variablene	Kombinert med disse variablene
Psykisk utviklingshem?	Bipolar lidelse	Kartleggingsverktøy
Mental retardasjon	Depressiv lidelse	Diagnoseverktøy
Utviklingshem?	Unipolar depresjon	
	Depresjon	

Engelsk

1.

Nøkkelord	Kombinert med disse variablene
Mental retardation	Mental depression
Intellectual disability	Depression

2.

Nøkkelord	Kombinert med disse variablene	Kombinert med disse variablene
Mental retardasjon	Mental depression	Detection
Intellectual disability	Depression	Screening tools

Vedlegg 2 Søkelogg

Søkeord	Database	Avgrensninger	Antall treff	Merknad	Tittel på valgt artikkel
Depression, Intellectual disability, validity og reliability	Medline	Huket av for Academic journals	14		Instruments for the detection of depression symptoms in people with intellectual disabilities: A systematic review.
«Depression» AND «intellectual disability»	Science Direct	review article, sortert etter relevans	1356		Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review.
Depression AND severe intellectual disability AND symptoms	Web of science	Relevans	39		The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation
Depresjon, utviklingshemming, diagnose	Google Scholar	Sortert etter relevans	442		Diagnosing affective disorders in individuals with Mental retardation
Depression, assessment instrument, intellectual disability og reliability	Taylor and Francis	Relevans	829		The Sensitivity and Specificity of Depression Screening Tools Among Adults with Intellectual Disabilities

Vedlegg 3 Selvvalgt litteratur



SKJEMA TIL BRUK VED INNLEVERING AV SJØLVVALT PENSUM

Retningslinjer for sjølvvalt pensum:

Andre studieåret skal studenten sjølv velje 600 sider pensum knytt til praksis, og tredje studieåret 400 sider knytt til bacheloroppgåva.

Alt sjølvvalt pensum skal godkjennast av høgskulen.

Litteratur knytt til praksis ☐

Litteratur knytt til fordjupingsoppgåve ☐

Forfattar	År	Tittel	Forlag	Side fra- til	Sider totalt
Jarle Eknes, Trine Lise Bakken, Jon Arne Løkke, Ivar Mæhle	2008	Utredning og diagnostisering: Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker.	Universitetsforlaget	63-88 132-143	36
Børge Holden	2008	Psykiske lidelser og utviklingshemning: Atferdsanalytisk forståelse og behandling.	Gyldendal	57-77 112-128	36
Jarle Eknes	2000	Utviklingshemning og psykiske helse.	Universitetsforlaget	11-33 154-193	61
N, Perez-Achiaga, S. Nelson & A. Hassiotis	2009	Instrument for the detection of depression symptoms in people with intellectual disabilities: A systematic review.	Journal of Intellectual Disabilities	55-76	21
Heidi Hermans & Heleen M. Evenhuis	2010	Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review	Research in Developmental Disabilities	1109-1120	11
Leif Hugo Stubrød	2001	Utviklingshemning i et Økologisk perspektiv	Universitetsforlaget	59-96	37
Finn Skårderud, Svein Haugsgjerd, Erik Stånicke	2010	Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn	Gyldendal	27-48	21
Einar Kringlen	2011	Psykiatri	Gyldendal	342-374	32
Jarle Eknes	2006	Depresjon og mani	Universitetsforlaget	19-74 157-	81

				183	
S. Ailey	2009	The Sensitivity and Specificity of Depression Screening Tools Among Adults with Intellectual Disabilities	<i>Journal of Mental Health Research</i>	45-64	19
Berit Grøholt, Hilchen Sommerchild & Ida Garlov	2011	Lærebok i barnepsykiatri	Universitetsforlaget	132-140	8
E. Ross, & C. Oliver		The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation.	<i>Clinical psychology review</i>	225-245	20
NAKU	2008	Utviklingshemning og psykiskehelsetjenster	Skibnes AS	3-37	34

Totalt sider **417**

Studium: Vernepleie

Kandidat nr.: 119

Namn: Siri Cathrine Karlstad

Godkjent:

Siri Cathrine Karlstad
student

Arnold Goksøyr
rettleiar